

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1925

THÈSE

N<sup>o</sup> .....

36

POUR

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

**Philippe CASSIOPOULOS**

Né le 17 Juillet 1897 à Chalkis (île Eubée), Grèce

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

**Nécrose des Fibromes Interstitiels  
de l'Utérus**

(en dehors de la grossesse)

---

*Président de Thèse* : M. le Professeur J.-L. FAURE

---

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN. 91

—  
1925



**THÈSE**  
**POUR LE DOCTORAT**  
**EN MÉDECINE**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41547525\\_0074](https://archive.org/details/IA41547525_0074)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1925

# THÈSE

N° .....

POUR

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

**Philippe CASSIOPOULOS**

Né le 17 Juillet 1897 à Chalkis (île Eubée), Grèce

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

## Nécrose des Fibromes Interstitiels de l'Utérus

(en dehors de la grossesse)

---

PARIS

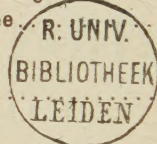
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1925

# I. — PROFESSEURS

|                                                                    | MM.           |
|--------------------------------------------------------------------|---------------|
| Anatomie .....                                                     | NICOLAS.      |
| Anatomie médico-chirurgicale .....                                 | GUNÉO.        |
| Physiologie .....                                                  | CH. RICHET.   |
| Physique médicale .....                                            | André BROCA.  |
| Chimie organique et chimie générale.....                           | DESGREZ.      |
| Bactériologie .....                                                | BEZANÇON.     |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale.....                  | BRUMPT.       |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | Marcel LABBÉ. |
| Pathologie médicale .....                                          | SICARD.       |
| Pathologie chirurgicale .....                                      | LECÈNE.       |
| Anatomie pathologique .....                                        | LETULLE.      |
| Histologie .....                                                   | PRENANT.      |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             | RICHAUD.      |
| Thérapeutique .....                                                | CARNOT.       |
| Hygiène .....                                                      | Léon BERNARD. |
| Médecine légale .....                                              | BALTHAZARD.   |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | MÉNÉTRIÉR.    |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          | ROGER.        |
| Clinique médicale .....                                            | GILBERT.      |
|                                                                    | CHAUFFARD.    |
|                                                                    | ACHARD.       |
|                                                                    | WIDAL.        |
| Hygiène et clinique de la première enfance.....                    | MARFAN.       |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | NOBÉCOURT.    |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale..... | H. CLAUDE.    |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | JEANSELME.    |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      | GUILLAIN.     |
| Clinique des maladies infectieuses.....                            | TEISSIER.     |
|                                                                    | DELBET.       |
| Clinique chirurgicale .....                                        | HARTMANN.     |
|                                                                    | LEJARS.       |
|                                                                    | GOSSET.       |
| Clinique ophtalmologique .....                                     | N...          |
| Clinique urologique .....                                          | LEGUEU.       |
|                                                                    | COUVELAIRE.   |
| Clinique d'accouchements .....                                     | BRINDEAU.     |
|                                                                    | JEANNIN.      |
| Clinique gynécologique .....                                       | J.-L. FAURE.  |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....                 | N...          |
| Clinique thérapeutique médicale.....                               | VAQUEZ.       |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                            | SEBILEAU.     |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.....                           | DUVAL.        |
| Clinique prophédeutique .....                                      | SERGENT.      |



## II. — AGREGES EN EXERCICE

### MM.

|                 |                                     |
|-----------------|-------------------------------------|
| ABRAMI.....     | Pathologie médicale.                |
| ALGLAVE.....    | Pathologie chirurgic <sup>1</sup> . |
| AUBERTIN.....   | Pathologie médicale.                |
| BASSET.....     | Pathologie chirurgic <sup>1</sup> . |
| BEAUDOUIN.....  | Pathologie médicale.                |
| BINET.....      | Physiologie.                        |
| BLANCHETIÈRE.   | Chimie biologique.                  |
| BRANCA.....     | Histologie.                         |
| BRULÉ.....      | Pathologie médicale.                |
| BUSQUET.....    | Pharmacologie et matière médicale.  |
| CADENAT.....    | Pathologie chirurgic <sup>1</sup> . |
| CHAMPY.....     | Histologie.                         |
| CHIRAY.....     | Pathologie médicale.                |
| CLERC.....      | Pathologie médicale.                |
| DEBRÉ.....      | Hygiène.                            |
| I. de JONG..... | Anatomie pathologique.              |
| DUVOIR.....     | Médecine légale.                    |
| ÉCALLE.....     | Obstétrique.                        |
| FIESSINGER..... | Pathologie médicale.                |
| FOIX.....       | Pathologie médicale.                |
| GARNIER.....    | Pathologie expériment.              |
| HARVIER.....    | Pathologie médicale.                |
| HEITZ-BOYER...  | Urologie.                           |
| HOVELACQUE....  | Anatomie.                           |
| JOYEUX.....     | Parasitologie.                      |

### MM.

|                  |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| LABBÉ (Henri)... | Chimie biologique.                  |
| LARDENNOIS.....  | Pathologie chirurgic <sup>1</sup> . |
| LE LORIER.....   | Obstétrique.                        |
| LEMAITRE.....    | Oto-rhino-laryngologie              |
| LEMIERRE.....    | Pathologie médicale.                |
| LÉVY-SOLAL.....  | Obstétrique.                        |
| LHERMITTE.....   | Pathologie mentale.                 |
| LIAN.....        | Pathologie médicale.                |
| MATHIEU.....     | Pathologie chirurgic <sup>1</sup> . |
| METZGER.....     | Obstétrique.                        |
| MOCQUOT.....     | Pathologie chirurgic <sup>1</sup> . |
| MONDOR.....      | Pathologie chirurgic <sup>1</sup> . |
| MOURE.....       | Pathologie chirurgic <sup>1</sup> . |
| MULON.....       | Histologie.                         |
| PHILIBERT.....   | Bactériologie.                      |
| RIBIERRE.....    | Pathologie médicale.                |
| RICHET Fils..... | Physiologie.                        |
| ROUVIÈRE.....    | Anatomie.                           |
| STROHL.....      | Physique médicale.                  |
| TANON.....       | Pathologie médicale.                |
| TIFFENEAU.....   | Pharmacologie et matière médicale.  |
| VAUDESCAL.....   | Obstétrique.                        |
| VERNE.....       | Histologie.                         |
| VILLARET.....    | Pathologie médicale.                |
| WELTER.....      | Ophtalmologie.                      |

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

### MM.

|               |                      |
|---------------|----------------------|
| CAMUS.....    | Physiologie.         |
| GOUGEROT..... | Pathologie médicale. |
| QUENIOT.....  | Obstétrique.         |

### MM.

|                |                        |
|----------------|------------------------|
| RETTERRER..... | Histologie.            |
| ROUSSY.....    | Anatomie pathologique. |

#### IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

| MM.                  |                                   | MM.           |                                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------|
| AUVRAY.....          | Clinique chirurgicale.            | OMBRÉDANNE... | Clinique chirurgie<br>infantile. |
| CHEVASSU.....        | Clinique chirurgicale.            | PROUST.....   | Clinique chirurgica              |
| LAIGNEL-LAVASTINE... | Clinique médicale.                | RATHERY.....  | Clinique médicale.               |
| LERÉBOULLET..        | Clinique médicale in-<br>fantile. | SCHWARTZ..... | Clinique chirurgica              |
| LÉRI.....            | Clinique médicale.                | TERRIEN.....  | Clinique ophtalmolog             |
| LÆPER.....           | Clinique médicale.                |               |                                  |

#### V. — CHARGES DE COURS

|                          |                                                                                                                                         |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé... | Chargé du cours de chirurgie orthopédique et<br>l'adulte pour les accidentés du travail, les muts<br>de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY .....               | Stomatologie.                                                                                                                           |
| N... ..                  | Education physique.                                                                                                                     |
| LEDOUX-LEBARD ....       | Radiologie clinique.                                                                                                                    |

---

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans  
dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'  
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## A MON PERE, A MA MERE

Puisse ma profonde affection les dédommager des immenses sacrifices qu'ils ont faits pour moi.

---

## A MON BEAU-PERE

En témoignage de ma profonde affection.

---

## A MA FEMME

Qui a rendu si douce ma dernière année d'études.

---

## A MON FRERE

Au meilleur des frères.

---

## A MA FAMILLE

---

## A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE REGRETTÉ

M. LE PROFESSEUR LAPEYRE  
de la Faculté de Médecine de Montpellier.

---

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR TEDENAT  
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté  
de Médecine de Montpellier.

---

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR DE ROUVILLE  
Professeur de Clinique Gynécologique de la Faculté  
de Médecine de Montpellier.

---

Je n'ai qu'un regret, c'est de n'avoir  
pu suivre plus longtemps vos magis-  
trales leçons. Je vous prie de croire que  
vous resterez pour moi le plus aimé  
des Maîtres.

---

A MESSIEURS LES DOCTEURS  
TZANIDES, HITZANIDES, VLACHOS, TRAVLOS.

Mon affection ne vous fera jamais  
défaut.

A MES MAITRES  
de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux  
de Montpellier.

---

A MES MAITRES  
de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux  
de Paris.

---

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté  
de Médecine de Paris ;

Chirurgien de l'Hôpital Broca ;

Officier de la Légion d'Honneur,

Hommage respectueux.

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY

Chef des Travaux gynécologiques à l'Hôpital Broca,

Qui nous a inspiré le sujet de cette  
thèse et ne nous a pas ménagé les  
conseils de sa grande expérience. Qu'il  
veuille bien trouver ici l'hommage de  
notre vive reconnaissance, et de notre  
respectueux dévouement et accepter nos  
plus sincères remerciements.

## INTRODUCTION

---

Pendant les dernières années de nos études, en suivant à l'hôpital Broca l'enseignement du Professeur Jean-Louis Faure et de ses élèves dans le service de Gynécologie, nous avons été frappé de la fréquence des fibromes utérins en voie de nécrose. Il ne s'agit pas de polypes fibreux nécrosés ou de fibromes sous-péritonéaux pédiculés, nécrosés par torsion du pédicule, mais réellement de fibromes interstitiels nécrosés. Aucun signe pour ainsi dire ne traduit cliniquement le processus nécrotique de ces fibromes. Cependant il est d'un intérêt capital d'en faire le diagnostic. Qu'advviendrait-il si de telles lésions étaient envoyées au radiothérapeute ?

Nous voulons dans cette thèse étudier ce processus nécrotique des fibromes utérins interstitiels, non pas, pour en élucider la pathogénie, mais dans un but essentiellement pratique, pour mettre en valeur les quelques symptômes cliniques qui permettent d'en faire le diagnostic. Nous verrons ainsi la gravité de cette complication qui alourdit sensiblement le bilan de la mortalité dans les statistiques

chirurgicales et par quel moyen on peut améliorer les résultats opératoires.

Dans tout ce travail nous avons été guidé par le Docteur Douay. Grâce à lui nous avons compris l'intérêt de cette question. Nous ne saurions trop le remercier et lui exprimer notre vive reconnaissance. Par cette thèse nous voulons essayer de montrer les arguments et les faits cliniques qui justifient les idées du Professeur Jean-Louis Faure et de ses assistants sur cette question.

---

## HISTORIQUE

---

La première dégénérescence des fibromyomes de l'utérus qui ait été connue, fut observée avant même qu'on eut découvert l'existence des tumeurs qui lui donnent naissance; nous la trouvons déjà signalée dans Hippocrate (de morb. vulg. V) qui raconte l'histoire d'une servante Thessalienne ayant expulsé par le vagin deux « pierres » de la matrice. Dans les observations de Schenk, en 1665, l'auteur dit avoir observé des pierres nées dans l'utérus; or il est vraisemblable que ces pierres n'étaient autre chose que de vieux fibromes dont la masse centrale s'était calcifiée.

En 1827, Luroth soutient devant la Faculté de Médecine de Strasbourg sa thèse intitulée : Essai sur le ramollissement et la putrescence de l'utérus.

Duplay, en 1883, fait paraître une thèse sur le ramollissement et particulièrement sur le ramollissement gangréneux des fibromes et, un peu plus tard, Malgaigne, en 1835, publie sa thèse sur le sphacèle des fibromes.

Dans le *Journal de Médecine de Bruxelles* (1847) Thinon parle de gangrène centrale d'une tumeur

fibreuse de la matrice. Loir, en 1851, observe une gangrène de la peau au niveau de la ligne blanche, avec hernie d'un fibrome sphacélé.

Broca, dans son traité des Tumeurs (1854), et Aran, dans ses leçons cliniques et son traité des maladies des femmes (1858), parlent des sphacèles des fibromes et les décrivent assez longuement.

Dans le traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme (1858) Scanzoni écrit : « Il existe des observations de la formation de la tumeur d'une cavité plus ou moins grande, remplie d'un liquide séreux, sanguin ou putride, qui par la fluctuation qui en résulte, rend très difficile pendant la vie, le diagnostic du corps fibreux. Une véritable inflammation de ses néoplasmes avec décomposition est très rare et n'affecte jamais que la surface de la tumeur; on doit la considérer comme la suite d'une affection pareille des couches du tissu conjonctif. »

Ballade, dans sa thèse sur la gangrène des myomes utérins (Paris 1875), insiste surtout sur le diagnostic différentiel des polypes sphacelés, avec le cancer de l'utérus, la rétention du placenta, les corps étrangers du vagin et le renversement de l'utérus.

En 1897, à Bordeaux, paraît la thèse de Lasnier sur le sphacèle et la purulence des fibromyomes. Gaillard (Thomas) dans son traité clinique des maladies des femmes, en 1879, établit que le défaut de nutrition et l'inflammation, sont les deux principales causes du sphacèle des fibromes.

En 1898, Pilliet et Costes font paraître à la Société

de Biologie leur « Contribution de l'anatomie pathologique des fibromes de l'utérus et de ses annexes ».

Dans la littérature médicale on trouve souvent confondues les différentes lésions de nécrose : sphacèle, gangrène, nécrobiose et purulence (discussion de la Société de Chirurgie de Paris en 1902). Begouin, dans un article (*Journal de Bordeaux* 1908) explique la nécrose des fibromes par vascularisation défectueuse. Chavannaz (en février 1910, du même journal) apporte à la Société de Gynécologie de Bordeaux des observations sur la nécrobiose des fibromes.

Lecène, en 1911, établit nettement la distinction entre nécrose septique et aseptique (Compte rendu de la Société d'Obst., de Gyn. et de Péd. Paris, juin 1911). Il décrit sous le nom de nécrobiose, gangrène et suppuration des fibromes, des faits absolument tranchés.

Les traités classiques ne consacrent que quelques lignes à cette complication des fibromes; sa fréquence relative mérite une description plus étendue et celle-ci est possible grâce à des travaux parmi lesquels on doit citer ceux de Katz (Thèse Nancy 1884), Piquand (Thèse Paris 1905), Gambier (Thèse Bordeaux 1909), Quenu (*Bull. de la Société de Chirurgie de Paris*, 1902, p. 65), Tedenat (*Revue mens. de Gyn., Obst., Pédiatrie* 1907), Pozzi (*Presse Médicale* 30 décembre 1908), Chavannaz et Nadal (*Société de Gyn. et Obst. de Bordeaux* 9 novembre 1909), Barbouth (*Revue de Gyn. et d'Obst.* janvier 1913), Bardon (*Société d'Obst.*

*et de Gyn. de Bordeaux* 19 mars 1920 et *Gyn. et Obst.* décembre 1921).

La plupart des auteurs considèrent la nécrobiose comme une complication aseptique, le sphacèle et la suppuration comme une complication septique. Presque tous adoptent la conception de H. Roger. « La nécrobiose est l'arrêt des manifestations vitales dans une partie de l'organisme. Elle s'oppose à la gangrène morbide d'origine microbienne, caractérisée par la mortification et la putréfaction des tissus. La gangrène est donc d'origine microbienne, tandis que la nécrobiose peut être produite par les agents les plus variés. »

Tout dernièrement, au Congrès Français de Chirurgie, octobre 1924, le Professeur Louis Tixier étudie d'abord la nécrobiose aseptique, puis les accidents infectieux; il insiste spécialement sur la septicémie latente avec anémie grave, qui peut se produire par l'infection voisine du fibrome, sans qu'il y ait, à proprement parler, nécrose du fibrome. Mais, quand l'infection envahit le fibrome nécrosé, il se produit une gangrène ou nécrose putride du fibrome.

Le deuxième rapporteur, Georges Labey, nous montre la gravité du fibrome suppuré et du fibrome sphacélé qu'il réunit tous deux dans un même chapitre : Complication septique des fibromes. C'est l'importance des phénomènes septiques qui dominent toute la question opératoire. Il montre que l'hystérectomie vaginale n'est pas toujours possible, si le fibrome est volumineux, et il conseille de faire une

opération par la voie abdominale. Il préfère l'hystérectomie abdominale totale qu'il fait suivre d'un double drainage vaginal et abdominal (Mikulicz).

Au cours de la discussion dans ce même Congrès, le Docteur Douay attire l'attention sur les fibromes nécrosés. Tandis que la mortalité sur l'ensemble des opérations faites pour fibrome (Statistique de l'Hôpital Broca, service du Professeur Jean-Louis Faure pendant 4 ans portant 309 cas) s'élève à 3,26 %, la mortalité pour fibromes nécrosés s'élève à 21 %. On voit nettement combien la mortalité opératoire est alourdie du fait des fibromes nécrosés. Si on retranchait ces cas de fibromes nécrosés (19 cas pour 309, soit 6 %) la mortalité opératoire pour les autres fibromes ne serait plus que de 2 %. D'après l'auteur tout fibrome nécrosé doit être suspecté d'infection. Cette infection peut être latente et c'est ce qui constitue sa gravité.

---

# ANATOMIE PATHOLOGIQUE

## ET PATHOGÉNIE

---

Dans notre travail nous nous occuperons des fibromes nécrobiosés, sphacelés, œdédiatiés avec foyers de nécrose, et fibromes suppurés. Tous ces fibromes peuvent être groupés sous le terme de *fibromes nécrosés*. Nous n'emploierons pas le terme « dégénérés », car le lecteur pourrait penser à la dégénérescence maligne dont il n'est pas question. D'autre part, si nous employions le terme « nécrobiosés » nous éliminerions les fibromes sphacelés et suppurés. Par le terme *nécrose*, nous entendons la mort septique ou aseptique du tissu myomateux.

a) Fibromes nécrosés sans microbes :

1. fibromes nécrobiosés ;
2. fibromes œdédiatiés avec foyers nécrosés.

b) Fibromes nécrosés avec microbes :

1. fibromes sphacelés ;
2. fibromes suppurés.

Cette distinction est très précise en théorie. Pra-

tiquement elle l'est beaucoup moins. Certains fibromes nécrosés, qui paraissent aseptiques, peuvent contenir des microbes, si ce n'est dans leur tissu, tout au moins dans leur voisinage. Voici, à l'appui de cette conception, la belle observation de Brindeau, publiée dans la thèse de Leroux (La nécrobiose des fibro-myomes de l'utérus durant la grossesse, Paris 1923) qui a montré la présence de streptocoques dans le liquide sérohématique situé entre le fibrome et le placenta, avant tout début de travail. Il existe également une observation de Ch. Martin, parue dans la thèse de Joubert (Paris 1907).

La nécrobiose des fibromes est-elle toujours aseptique ? Il paraît en être ainsi, dans presque tous les cas, suivant Leroux. Il reste cependant une part d'inconnu et de nombreuses autres recherches sont encore à faire avant de pouvoir affirmer la constante asepsie du processus nécrobiotique.

On admet volontiers que tout foyer nécrosé est un terrain propice à l'infection. Cette infection est habituelle et souvent très rapide si il y a communication du foyer nécrosé avec l'extérieur, comme c'est le cas pour les fibromes sous-muqueux et les polypes. Mais pour les fibromes interstitiels qui ne sont pas en communication avec la cavité utérine et sont à l'abri d'une infection de l'extérieur, la phase d'envahissement microbien est lente et progressive. Elle se fait de proche en proche par la périphérie et peut rester longtemps latente.

Anatomiquement le fibrome atteint de nécrobiose

se présente à l'ouverture de sa capsule avec une couleur « lie de vin » ou « hortensia ». Il est ramolli surtout dans le centre; il peut présenter de l'œdème et de petites cavités remplies d'un liquide d'aspect puriforme ou hématique. Cette teinte hématique est due à la matière colorante du sang qui a diffusé dans les tissus et les a imprégné; il est classique de dire qu'on ne rencontre dans ces tissus mortifiés aucun organisme infectieux (Traité de Gynécologie, Jean-Louis Faure, p. 925), ne se cultivant ni sur milieu aérobie ni sur milieu anaérobie.

Ces fibromes rouge-vineux sont assez fréquents, et plusieurs auteurs en parlent sous le terme « myomes rouges ».

Contrairement à cette coloration « lie de vin » il y a des fibromes qui présentent une coloration « verdâtre » mêlée de « jaune-brun ». Celle-ci est signalée dans plusieurs observations de Hyenne, deux de Barbouth et une des nôtres.

Il y a, d'autre part, des fibromes dits toxiques, à peine mortifiés qui présentent une couleur « grisâtre ». Ils sont signalés par Jayle au dernier Congrès de Chirurgie 1924.

Le fibrome sphacélé est constitué par une masse plus ou moins déliquescente, de couleur brunâtre, rouge jaunâtre, feuille morte avec des endroits verdâtres. L'odeur est putride et nauséabonde. Les tissus s'en vont par lambeaux grisâtres. La coque qui entoure le fibrome sphacélé est rouge, très enflammée; la muqueuse utérine qui le recouvre s'ulcère,

laissant les tissus les plus déliquescents, s'évacuer par les voies naturelles. Ces lambeaux sont très reconnaissables au milieu des pertes fétides que présentent ces malades. Cette élimination est un procédé naturel de guérison; mais l'organisme n'est pas généralement capable d'en faire les frais.

Après cette courte description anatomo-pathologique une question se pose : celle de la circulation et irrigation des fibromes. Tout fibrome normal est très peu vasculaire, blanc à la coupe, même sur le vivant; la coque, au contraire, est très riche en vaisseaux. Il lui faut très peu de sang pour vivre. C'est ainsi que les fibromes sous-péritonéaux pédiculés, détachés dans le péritoine, peuvent vivre très longtemps par imbibition.

Gambier, dans sa thèse, inspirée par Begouin (Bordeaux 1909), étudie par la dissection les vaisseaux des fibromes utérins. Sur trois fibromes normaux injectés aussitôt après ablation, trois fois il constata que le noyau fibromateux n'était nourri que par une seule branche de l'artère utérine à type terminal.

Ce que la logique faisait supposer existait donc bien, mais il fallait étendre cette étude à un plus grand nombre de fibromes, d'autant mieux, que d'autres chercheurs avaient vu l'irrigation sanguine d'un fibrome assurée par plusieurs artères. C'est ainsi que Chavannaz et Nadal, après injection de l'artère utérine arrivent aux conclusions suivantes : que « la circulation de la tumeur paraît être une circulation

en nappe. Il n'existe que peu ou pas de gros vaisseaux la pénétrant franchement » ; de plus, selon ces auteurs, il existe une solidarité très étroite entre la circulation propre du fibrome et celle de l'utérus.

Tout dernièrement, les recherches de Bardon semblent venir concilier les deux précédentes. Cet auteur emploie, pour l'étude de cette vascularisation artérielle des fibromes, la radiographie, après injection de l'artère utérine par une solution de minium. Ces pièces intéressantes ont été présentées à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux en mars 1920; elles montrent que dans tous les fibromes il existe, à la fois, un réseau vasculaire central et un autre périphérique. Mais au point de vue des relations de ces deux réseaux entre eux, on doit distinguer deux types :

1° L'un, dans lequel vascularisation périphérique et vascularisation centrale sont anastomosées entre elles;

2° L'autre, dans lequel ces deux circulations restent indépendantes; la masse centrale du nodule fibromateux n'étant nourri que par une artère unique à type terminale.

De là, les déductions pathogéniques sont nombreuses. Bardon admet qu'il existe dans la nécrose, suppression de la vascularisation centrale due à la « densification du tissu périphérique abondamment pourvu d'artères ». Cette densification, par un mécanisme de striction, produit progressivement « un étranglement à la base de l'artère que l'absence d'ana-

stomoses ne permet pas de compenser ». Le facteur de compression de l'artère centrale du noyau fibromateux ne serait plus la contraction utérine habituelle, mais cette densification du tissu périphérique.

On pourrait penser aussi qu'un hématome circonférentiel de la loge celluleuse, situé entre le noyau fibromateux et le tissu propre utérin, que l'on rencontre fréquemment, pourrait de son côté provoquer un aplatissement du vaisseau, occasionnant la suppression vasculaire du fibrome.

A part ces diverses causes pouvant déterminer l'oblitération de l'artère centrale du fibrome, une autre hypothèse est à envisager.

Nous savons qu'au point de vue histologique, la tumeur est enveloppée d'une coque conjonctive d'autant plus dense et épaisse, que le fibrome est plus âgé et de moindre activité. Supposons alors que, sous certaines influences un travail actif d'hyperplasie cellulaire se produise; la tumeur alors augmentant progressivement de volume, se trouve comprimée et étouffée à l'intérieur de sa coque résistante. La compression portera son action sur les parties les moins protégées et écrasera l'artère centrale du fibrome, amenant ainsi secondairement sa nécrose.

Le même phénomène de compression se produit lorsque le muscle utérin se contracte violemment. Le fibrome, étant sous-péritonéal, a tendance à s'énuccléer et se détacher. Mais lorsqu'il est interstitiel et complètement entouré de sa coque, il subit une pression qui tend à l'ischémier. La fréquence des fibromes,

nécrosés après l'accouchement, peut être attribuée à ces puissantes contractions musculaires. Plusieurs travaux ont été faits sur cette question et notamment on doit citer la thèse remarquable de Leroux, inspirée par le Professeur Brindeau (Paris 1923).

Toutes les causes de même nature capables d'engendrer à l'intérieur de cette coque une hyperpression, telles que les hémorragies interstitielles à la suite de ruptures vasculaires, détermineront, par l'écrasement des capillaires et des vaisseaux sans résistance, la nécrose consécutive. Faure et Siredey signalent combien sont communes à cet âge l'artérite et l'hypertension artérielle, causes probantes des hémorragies interstitielles rencontrées au niveau des fibromes.

Nous allons tracer quelques lignes sur l'histologie des fibromes nécrosés et, d'après Barbouth, nous distinguerons dans l'évolution du processus nécrotique trois stades différents.

Dans le premier stade ou nécrose au début, on observe une augmentation des fibres conjonctives avec diminution des fibres musculaires lisses ; les vaisseaux sont dilatés et épaissis ; des fois leur paroi est, suivant l'auteur, deux à trois fois plus épaisse qu'à l'état normal. Mais, comme Pollosson et Lecène l'ont également signalé, un fait remarquable est la dilatation constante des capillaires.

Au cours de la deuxième phase évolutive où la nécrose se montre encore incomplète, les fibres musculaires sont mortifiées ; subsistent seuls, quelques

restes mal colorés dont les noyaux ont disparu. Les fibres conjonctives possèdent des noyaux plus grands et plus clairs que les fibres normales. Dans cette évolution, selon Barbouth, on observe des hémorragies interstitielles avec globules plus ou moins altérés. Les thromboses vasculaires y sont fréquentes et les capillaires gorgés des globules rouges sont rompus par endroits. Les tissus sont quelquefois baignés dans une infiltration séreuse ; il s'agit alors de la variété œdémateuse se distinguant de la dégénérescence colloïde ou myxomateuse par la présence, dans cette dernière, de la mucine.

Enfin, dans un troisième stade, la nécrose est complète; aucun élément histologique normal n'existe et l'on est en présence d'une masse amorphe, ne contenant plus que des éléments complètement mortifiés.

L'infection de fibromes interstitiels est brièvement signalée dans les traités. Plusieurs travaux ont été publiés sur cette question. On peut émettre deux suppositions au sujet de l'origine de l'infection dans les fibromes nécrosés.

Les microbes peuvent atteindre les couches superficielles du fibrome en état de nécrobiose, par la voie sanguine, puis envahir de proche en proche ce tissu mortifié et sans défense.

Un autre processus peut être admis. L'infection d'origine exogène; elle se fait vraisemblablement par voie lymphatique, ayant pour point de départ la muqueuse utérine. Dans son rapport au dernier Congrès de Chirurgie, octobre 1924, le Professeur

Tixier dit : « La grande cavité utérine des fibromateuses est toujours infectée, mais la virulence de la flore microbienne est extrêmement variable. Elle peut subitement subir une recrudescence redoutable sous l'influence de la moindre action traumatisante locale. De là naît la crainte salutaire des explorations intra-utérines chez les fibromateuses. De la muqueuse infectée, les agents microbiens gagnent par lymphagite la périphérie du fibrome. »

L'infection du tissu myomateux nécrosé ne produit pas de pus, mais un ramollissement ou déliquescence du tissu myomateux, c'est-à-dire le sphacèle du fibrome. Au contraire, si le fibrome est encore vivant, l'infection de ce tissu produit un appel de leucocytes qui aboutit à la formation du pus et à la suppuration du fibrome.

---

## SYMPTOMATOLOGIE

---

L'étude de nos observations, recueillies dans le Service de Gynécologie du Professeur Jean-Louis Faure, à l'hôpital Broca, nous montre que les symptômes particuliers à la nécrose des fibromes interstiels sont parfois atténués, difficiles à déceler par un examen attentif. Les symptômes les plus habituellement observés ont été :

1° *La douleur ;*

2° *La fièvre.*

Un fibrome normal est absolument indolore. On n'observe, en effet, aucune douleur spontanée, ni douleur au cours de l'examen par pression sur la tumeur; par contre, on observe quelquefois des douleurs de compression. Au contraire, la douleur d'un fibrome nécrosé est tout à fait caractéristique. C'est une douleur spontanée, sourde, sorte d'endolorissement du ventre. C'est surtout une douleur provoquée par la palpation ; d'une intensité assez grande, elle est éveillée par la pression sur le fibrome lui-même. Les causes d'erreurs, pression sur l'ovaire ou sur une

salpingo-ovarite par exemple, doivent être éliminées avec soin. On ne peut attribuer cette douleur qu'au fibrome lui-même.

Quant à l'augmentation de la température, observée dans nos cas opérés, était assez peu accusée ; c'était une fièvre presque continue autour de 38°, sans aucune gravité particulière, restant inexpliquée après un examen méthodique des malades.

Peut-être pourrait-on ajouter à ces deux signes un autre moins marqué : un certain affaiblissement de l'état général.

Comme on le voit, les symptômes par nous observés, sont infiniment moins bruyants que ceux que nous allons essayer d'exposer, devenus classiques sous le nom de *triade classique de Begouin* :

1° Douleur plus ou moins aiguë ;

2° Augmentation brusque de volume, s'effectuant parallèlement à une diminution de sa consistance ;

3° Altération de l'état général avec fièvre peu intense et un teint jaune particulier des téguments.

*La douleur*, symptôme des plus importants, signalée par tous les auteurs, se présente sous la forme de douleur spontanée, débutant d'ordinaire par une crise aiguë dans le bas-ventre, d'une violence extrême, et obligeant les malades à s'aliter; on croirait, au premier rabord, à une crise de pelvi-péritonite ou de torsion pédiculaire d'un kyste de l'ovaire; parfois même, d'après Lecène, elle peut s'accompagner d'une réaction péritonéale assez marquée.

Cette crise aiguë dure quelques jours, de trois à

dix d'habitude, puis peu à peu s'atténue, laissant après elle une sensibilité de la tumeur. D'autres fois ces crises de « coliques utérines » deviennent intermittentes et d'autant plus vives que le foyer de nécrose s'étend. Begouin rapporte à ce sujet un cas où la durée des crises fut d'abord de quelques heures, puis de quelques jours et enfin d'une semaine, alors même que leur acuité augmentait également de façon progressive.

Ces douleurs sont habituellement localisées dans le bas-ventre, avec des irradiations aux lombes et aux cuisses. Il est d'ailleurs probable, ainsi que Barbouth le signale, que « le syndrome aigu indique qu'il y a une nécrose brusque, tandis que les petites crises doivent faire penser plutôt à la nécrose lente ou à petits foyers multiples. »

Ces crises douloureuses sont en tous les cas d'une grosse importance diagnostique, et Delbet a observé un cas de fibromyome de petite taille qui donnait lieu à des crises extrêmement aiguës et que l'hystérectomie seule guérit. Il est vrai aussi que parfois cette crise aiguë du début fait défaut ou bien est si atténuée qu'elle passe inaperçue ; c'est alors la douleur provoquée qui la remplace. Cette sensibilité spéciale de la tumeur, à la pression, est signalée presque par tous les chirurgiens.

*L'augmentation brusque de volume* est souvent constatée sur des malades dont le fibrome assez volumineux se nécrose en entier ; sans être considérable, cette augmentation de volume est appréciable. Si, au

contraire, le fibrome est constitué par plusieurs nodules fibromateux et la nécrose n'atteint qu'un seul noyau, l'augmentation de volume passe facilement inaperçue. En même temps que le nodule nécrosé augmente de volume, il se ramollit ; il peut être encore assez ferme mais, en tout cas, il ne présente plus cette dureté que l'on rencontre habituellement dans les fibromes normaux.

*L'altération de l'état général, avec fièvre et teint jaune particulier des téguments.* — L'état général est d'ordinaire beaucoup plus atteint par cette nécrose qu'on ne pourrait le supposer. Lors de la crise douloureuse aiguë du début, il n'est pas rare qu'il y ait une fièvre vive, atteignant d'après Bégouin, 39° et même plus ; en dehors de toute période aiguë l'on constate le plus souvent une température rectale autour de 38°. Cette élévation thermique est relatée par plusieurs auteurs (Gambier, etc.), et Lecène croit que ces accidents fébriles seraient la traduction simple de la « fièvre de la résorption ». Résorption portant son action sur le sang extravasé des capillaires et sur les déchets cellulaires au niveau du foyer. Un phénomène corrélatif est le facies présenté par ces malades.

Le Professeur Bégouin attire l'attention sur ce fait, et Chavannaz, dans une communication (*Journal de Bordeaux*, 14 mars 1907) dit : « Au point de vue clinique, nous croyons avoir deux points à signaler ; d'une part, la sensibilité de la tumeur à la pression, d'autre part, la coloration des téguments. Les malades

nous ont paru présenter une teinte jaunâtre peu fréquente chez les fibromateuses et se rapprochant assez de celle qu'on rencontre chez les cancéreuses ou encore chez les infectées. La résorption des produits mortifiés au niveau du fibrome peut vraisemblablement expliquer cet aspect spécial du revêtement cutané. »

Enfin, une dernière constatation, chez les fibromateuses avec noyaux nécrosés, est la fréquence des pertes blanches et parfois des métrorragies abondantes qui s'accompagnent généralement de crises de coliques utérines.

A cette triade symptomatique, lorsque le foyer nécrosé est envahi par des microbes, s'adjoignent les divers symptômes de l'infection. Notons ici que, là encore, les symptômes cardinaux, douleur, fièvre et hémorragies, ne cessent d'être de la plus haute importance et viennent souvent révéler l'existence d'une tumeur ignorée de la malade elle-même.

Ici, autre signe important. L'état général s'altère très vite avec une tendance rapide vers la cachexie et la profonde anémie ; les malades présentent un teint jaunâtre, celui des intoxiquées. L'amaigrissement, tant à cause des pertes abondantes que des accidents infectieux, est souvent extrême. Quant à la fièvre, elle oscille d'ordinaire de 39° à 40° ; parfois plus intense, irrégulière, accompagnée de frissons et de sueurs.

Les céphalées et parfois les vomissements ne sont pas rares. Le pouls atteint 100 à 120 pulsations et

cette tachycardie peut même aller jusqu'à 130 ou 140 pulsations. La langue est saburrale, parfois sèche, car les troubles digestifs ne sont pas rares, s'accompagnant parfois de crise diarrhéique. La malade est une grande infectée.

A part ces graves symptômes on constate le changement du caractère des pertes qui deviennent plus abondantes, brunâtres et très fétides; ces pertes renferment d'ordinaire du pus et des débris des tissus sphacelés. C'est la période contemporaine de l'ouverture du foyer nécrosé du fibrome dans la cavité utérine.

Cette ouverture qui habituellement se fait dans la voie vaginale, peut aussi se produire dans le rectum par ulcération (Duvergey, *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 17 juin 1920). En somme le tout s'achemine vers une cachexie progressive si l'on n'intervient pas. Malheureusement l'ablation d l'utérus dans de telles conditions générales et locales comporte une mortalité opératoire considérable, mais agir autrement et temporiser, c'est abandonner la malade à l'évolution d'une septicémie fatalement mortelle.

---

## DIAGNOSTIC

---

La nécrose se présente ordinairement comme complication d'un fibrome existant depuis longtemps et déjà diagnostiqué.

C'est un fibrome jusqu'alors bien toléré qui brusquement devient douloureux, grossit, provoque de la fièvre et trouble la santé générale.

C'est un fibrome traité par la radiothérapie, qui après accouchement s'aggrave à nouveau, devenant douloureux et provoquant de la fièvre.

C'est un fibrome qui au moment de la ménopause ou après la ménopause présente les symptômes signalés plus haut.

C'est un fibrome qui après un récent accouchement, grossit et devient douloureux.

Dans tous les cas, les symptômes, douleur et fièvre, attirent l'attention et on pensera à une complication infectieuse. Lorsque la crise est très violente on peut songer à des accidents péritonéaux. Mais dans la pelvipéritonite par annexite, le siège maximum de la douleur est latéral, dans les parties latérales du pelvis ou même dans la fosse iliaque, si le fibrome est volu-

mineux; on y trouve en même temps de l'empâtement.

Lorsque les accidents sont moins marqués, on pensera à une salpingite banale compliquant le fibrome.

Le diagnostic est très important à faire, car s'il s'agit d'une infection annexielle, mieux vaut attendre que d'opérer un fibrome avec des annexites en évolution. Au contraire, s'il s'agit d'un fibrome nécrosé, il y a danger de tenter l'expectation, le refroidissement des lésions, car l'évolution de la nécrose est peu influencée par la vessie de glace et qu'il est préférable d'opérer sans trop différer.

L'élément du diagnostic est le siège de la douleur à la pression, sur le noyau fibreux dans la nécrose à côté du noyau fibreux sur l'annexe malade dans la salpingite.

Dans un deuxième cas, quand il s'agit de nécrose latente avec minimum de symptômes, le diagnostic est très délicat.

Le fibrome était ignoré de la malade. Elle vient pour la première fois à la consultation parce qu'elle souffre et on constate une tumeur utérine ayant tous les caractères d'un fibrome. Le diagnostic du fibrome est porté et la malade insiste à être traitée par les rayons X. C'est alors qu'il faut prendre en considération l'élément douleur et faire prendre la température de la malade.

Si ces deux symptômes de nécrose sont positifs,

il est indispensable dans l'intérêt de la malade d'écarter les rayons X et de conseiller l'opération.

Le diagnostic positif de fibrome nécrosé ouvert dans la cavité utérine se fait surtout par le caractère des pertes qui deviennent abondantes, fétides, brunâtres ou rougeâtres, avec élimination de débris sphacelés caractéristiques, en lambeaux filamenteux. La confusion avec les débris placentaires septiques est peu vraisemblable, quoique cette erreur ait été faite dans une de nos observations.

C'est surtout la confusion avec le cancer de l'utérus et spécialement avec certains cancers endocervicaux ou du corps utérin très bourgeonnants et très infectés. Un examen microscopique d'un fragment lèvera tous les doutes.

---

## PRONOSTIC

---

Pendant un certain temps le fibrome nécrosé est assez bien toléré. En effet, il n'y a pas d'infection dans toute la période de nécrobiose, et ce sont des phénomènes d'intoxication qui dominent la scène. Il se produit une certaine intoxication de l'organisme par les produits de désintégration de la tumeur mortifiée. La douleur, l'augmentation de volume du fibrome et la toxhémie produite par les résorptions tissulaires, fatiguent les malades dont l'état général est plus ou moins atteint.

En principe on admet que pour un fibrome nécrosé non infecté, l'opération n'est pas plus dangereuse que pour un fibrome banal. On dit même que la myomectomie serait possible, sans danger pour la malade. En tout cas, on considère que l'hystérectomie subtotale sans drainage peut être faite sans aucun risque. En réalité, et surtout en nous basant sur les faits observés à l'hôpital Broca, il n'en est pas toujours ainsi. La mortalité est manifestement supérieure à celle du fibrome ordinaire. Ceci nous permet de croire que quelques-uns de ces fibromes nécro-

biosés présentent dans leur voisinage des microbes à l'état latent; l'opérateur les dissémine pendant l'intervention et l'infection péritonéale en est alors la conséquence.

Ce qui constitue parfois la gravité et alourdit le pronostic, c'est le retard apporté à l'opération.

Assez souvent on croit à une crise de pelvi-péritonite, d'annexite ou d'appendicite qui serait venue compliquer le fibrome et on attend le refroidissement et le relèvement de l'état général avant d'opérer. Les phénomènes fébriles persistent plus ou moins marqués, l'intoxication s'accroît, l'état général baisse, et lorsqu'enfin on se décide à intervenir, on opère des malades affaiblies et peu résistantes, d'où une mortalité bien plus élevée que la mortalité habituelle pour le fibrome.

Le pronostic s'aggrave considérablement lorsqu'on a à faire à un fibrome nécrosé infecté et le danger est certain pour tous les chirurgiens.

L'évolution spontanée de ces fibromes est l'ouverture du foyer nécrosé, le plus souvent dans l'utérus, et l'expulsion des débris sphacelés présentant une odeur fétide.

Des fois le fibrome entier peut être expulsé et dans la littérature médicale on trouve quelques cas heureux de cette guérison. Le plus souvent cependant, c'est une amélioration passagère et ne durant que quelques jours, qui se produit et la malade, à cause de l'exagération progressive des phénomènes généraux, peut aller jusqu'à la cachexie terminale, si des

accidents infectieux ne viennent pas encore accélérer la fin, par des complications du voisinage, telle que la péritonite, ou par des complications à distance, telle que la phlébite.

Ce sombre pronostic nous montre la nécessité d'un diagnostic rapide et l'intérêt pour les malades d'une opération faite à temps.

---

## TRAITEMENT

---

Pour le traitement de ces fibromes, il ne peut être question des radiations. Tout le monde admet le danger de la radiothérapie, et surtout de la curiethérapie, qui ne ferait qu'augmenter les phénomènes de nécrose et favoriser l'infection. Donc, tout fibrome douloureux, même si la douleur est légère, tout fibrome présentant un peu de fièvre d'une façon continue et durable, ne doit être traité que par le bistouri. L'intervention chirurgicale nous paraît être la meilleure thérapeutique. Elle doit être faite sans trop tarder aussitôt le diagnostic posé.

Il est toujours osé de dire, en matière de fibrome, que la fièvre ne constitue nullement une contre-indication opératoire. Nous pensons cependant que, dans les fibromes nécrosés avec fièvre, toute attente, sous prétexte de prudence, est créatrice de danger; il faut opérer sans perdre de temps.

Une fois le diagnostic posé, quelle opération faudra-t-il faire ?

Plusieurs chirurgiens conseillent la voie vaginale mieux supportée par les malades. Ordinairement

l'ablation de l'utérus ne peut être faite sans ouvrir le foyer nécrosé, même en prenant toutes les précautions pour éviter ce danger. Souvent les difficultés de l'hystérectomie vaginale dans ce cas sont considérables. L'abaissement de l'utérus fibromateux est rendu difficile à cause de la fragilité spéciale des tissus nécrosés.

L'opération devient encore plus difficile à cause des hémorragies; enfin elle est dangereuse du fait des adhérences contractées fréquemment par l'organe enflammé avec les organes intrapéritonéaux. Très souvent, par suite de toutes ces difficultés, plusieurs chirurgiens qui ont commencé l'opération par la voie vaginale, ont été obligés de finir l'intervention par voie abdominale.

Faudra-t-il faire une hystérectomie abdominale totale ou subtotale ? Les avis sont partagés.

Les partisans de la totale sont nombreux. Parmi eux, les uns croient à la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale à cause du drainage mixte : abdominal et vaginal. Les autres rejettent l'hystérectomie abdominale subtotale surtout à cause de l'impossibilité d'éviter l'écoulement des produits nécrosés, dont la cavité utérine est remplie, qui se produit au moment de la section du col et parce que l'hystérectomie abdominale subtotale laisse subsister un moignon utérin, qui, malgré les thermo-cautérisations les plus actives, reste toujours suspect d'infection.

Le tamponnement à la Mikulicz bien appliqué, tel que le pratique le Professeur Jean-Louis Faure,

forme entre le foyer opératoire et les anses intestinales une barrière protectrice qui empêche ces dernières de venir se souiller à son contact et de transporter, du fait de leur mobilité extrême, l'infection dans la cavité péritonéale.

L'hystérectomie abdominale subtotale est plus facile et plus rapide à faire. Dans tous les cas observés dans le Service de Gynécologie du Professeur Jean-Louis Faure à l'hôpital Broca, lorsque l'état général de la malade, les accidents douloureux, la fièvre laissaient soupçonner l'existence de nécrose de la tumeur, dès son extirpation, elle était ouverte et examinée par un aide non employé dans l'opération. Si l'on constatait l'existence d'une nécrose septique ou aseptique du fibrome, on complétait l'intervention par l'application du Mikulicz.

Sans doute il n'est pas agréable d'utiliser à cette période de chirurgie élégante et minutieuse ce procédé grossier. Peu importe : « Il faut que les malades vivent » et dans ces cas infectés, l'efficacité du pansement à la Mikulicz ne laisse aucun doute dans notre esprit.

Si on est sûr du diagnostic de fibrome sphacélé et infecté, on pourra peut-être, suivant l'avis du Docteur Douay, éviter les accidents postopératoires par la sérothérapie préventive antistreptococcique et anti-gangreneuse, suivant la formule de Weinberg, faite avant l'opération.

Tous les fibromes nécrosés doivent être opérés et

drainés. Tous ne sont pas septiques, mais tous doivent être suspectés d'infection latente. Aussi, est-il préférable de drainer tous les cas dont l'asepsie est douteuse, si l'on veut améliorer la statistique opératoire.

---

## CONCLUSIONS

---

1° La nécrose est une des complications les plus importantes des fibromes utérins.

2° Elle constitue une contre-indication au traitement par les agents physiques (radium et rayons X).

3° Elle conduit sans plus tarder à l'exérèse chirurgicale.

4° Le diagnostic de cette complication dans les fibromes interstitiels est souvent difficile à poser, étant donné le minimum de symptomatologie observée; les signes les plus constants sont la douleur à la pression sur le fibrome et la fièvre de moyenne intensité.

5° La distinction classique entre nécrose aseptique (nécrobiose) et nécrose septique (sphacèle) n'est pas toujours nettement tranchée.

Certaine nécrobiose peut être en état d'infection latente, capable de provoquer des accidents postopératoires septiques. Aussi est-il sage de tenir tout fibrome nécrosé pour suspect d'infection et de le traiter comme tel.

VU Bon à imprimer :  
*Le Président de Thèse,*  
J.-L. FAURE.

VU et PERMIS d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
APPELL.

VU :  
*Le Doyen,*  
ROGER.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I ( inédite ).

#### *Fibrome interstitiel nécrobiosé.*

M<sup>me</sup> Z..., sténodactylographe, âgée de 28 ans, entre, à l'hôpital Broca, le 24 février 1924 pour des douleurs dans le bas-ventre et dans les régions lombaires.

Antécédents : Bien réglée, d'une façon régulière, d'abondance moyenne (en général 4 jours). Les dernières datent du 18 février. Depuis très longtemps, elle a quelques pertes blanches, sans caractère ; plus abondantes depuis un an. Pas d'enfants ni fausses couches. Etat général bon.

Examen d'urines : Pas d'albumine, ni sucre. Pas de troubles à la miction.

Etat actuel : Il y a une dizaine de jours, la malade souffre nettement dans le bas-ventre. Ce sont des douleurs sourdes, avec légers tiraillements, continuelles, non calmées par le repos au lit. Elles siègent surtout du côté gauche avec irradiations dans la région lombaire. La malade après consultation de son docteur, qui pense à un kyste de l'ovaire en voie de torsion et d'après son conseil, entre à l'hôpital Broca où elle est mise au repos complet. De ce fait les douleurs se sont atténuées.

Examen : Lorsqu'on palpe l'abdomen on sent une tumeur dure, lisse, médiane et gauche, arrondie, qui remonte à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, les doigts buttent de suite sur une tumeur qui bombe fortement dans le cul-de-sac antérieur. Cette tumeur est dure, lisse, régulière et derrière elle on sent le col qui est dur avec un orifice légèrement entrouvert.

Si on combine le palper au toucher, on aperçoit que la tumeur n'est pas tout à fait médiane ; elle empiète sur la fosse iliaque gauche. La pression sur cette tumeur est légèrement douloureuse, sans points précis. Le cul-de-sac droit ainsi que la fosse iliaque droite sont complètement libres et souples. Pas d'annexites perceptibles. La tumeur paraît être utérine, formant un seul bloc avec l'utérus. On ne trouve pas de sillon de séparation entre la tumeur et l'utérus.

Diagnostic : Fibromyome utérin. C'est un diagnostic de grande probabilité, étant donné l'absence de ménorragies et le jeune âge de la malade. Pendant quatre jours la malade reste au lit présentant une température entre 37° et 38°. La douleur avec légère élévation de température invitent le Professeur J.-L. Faure à prendre le bistouri sans essayer la radiothérapie.

Opération 1<sup>er</sup> mars : Professeur J.-L. Faure. Anesthésie avec le mélange Schleick. Hystérectomie abdominale subtotale.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre on est en présence d'un gros utérus distendu par un fibrome de la grosseur du poing, inclus dans la paroi utérine et faisant saillie dans le ligament large gauche. L'utérus est relié en avant à la paroi par quelques adhérences qu'on sectionne.

Procédé de Kelly. Après section du ligament large du côté droit, section du col : Ouverture du ligament large gauche par section du ligament rond. Décollement de la partie gauche de la tumeur, ce qui permet d'énucléer la pièce et de terminer facilement l'opération. On termine ainsi par le Kelly classique.

Surjet sur le col, péritonisation ; fermeture de la paroi

en trois places avec trois crins perforants ; suites opératoires bonnes. Ablation des crins le douzième jour. La malade sort le quinzième jour après l'opération.

Examen de la pièce : Noyau fibromateux interstitiel de six à sept centimètres de diamètre, en état de nécrobiose : couleur rouge violacé. Il est séparé de la cavité utérine par une coque de tissu utérin de 15<sup>m/m</sup>. Ce tissu est rose, d'aspect normal, sous phénomènes inflammatoires.

Il y a un autre petit noyau de 2<sup>e</sup> de diamètre, blanc sans tendance à la nécrobiose. Les trompes et les ovaires sont normaux.

Cette observation nous montre un cas de nécrobiose d'un fibrome interstitiel, évoluant sans autres symptômes, qu'un peu de douleur et de fièvre (sans aucun phénomène inflammatoire ni annexiel ni utérin).

Le diagnostic de fibrome nécrosé n'a pas été fait, mais on a pensé à un fibromyome à évolution anormale, diagnostic justifiant l'opération immédiate. La guérison a été obtenue sans complications.

## OBSERVATION II ( inédite ).

### *Fibrome interstitiel nécrobiosé.*

M<sup>me</sup> L..., matelassière, âgée de 46 ans, entre, à l'hôpital Broca, pour hémorragies utérines et sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

Antécédents. Mariée. Elle a trois enfants. Premier accouchement à l'âge de 21 ans ; enfant bien portant. Deuxième accouchement, l'enfant est mort à l'âge de 5 ans à la suite de rougeole et de broncho-pneumonie. Troisième accouchement à l'âge de 25 ans ; enfant bien portant. Pas de fausses couches. Réglée pour la première fois à l'âge de 15 ans et demi. Depuis elle a été réglée d'une façon régulière.

Début : En fin décembre 1922, elle a eu un retard de trois mois (de septembre en décembre). C'est de ce retard que datent les troubles, pour lesquels la malade entre à

l'hôpital. Le 15 décembre 1922, en effet, la malade, après ce retard cité plus haut, a eu une grosse hémorragie. Elle ne l'attribue pas à une fausse couche, car, dit-elle, elle n'a présenté aucun symptôme de grossesse, qui ne manquaient d'ordinaire aux grossesses précédentes.

Cette hémorragie, avec gros caillots, a persisté abondante pendant sept heures et a été calmée par des injections très chaudes et le repos au lit. Les caillots n'ont pas été examinés. Les jours suivants la malade perd continuellement et l'hémorragie cesse le 17<sup>e</sup> jour de la recrudescence de l'hémorragie. Puis, jusqu'à fin janvier 1923, les pertes de sang ont persisté quotidiennes mais en diminuant un peu.

La malade a gardé le lit pendant trois semaines, mais lorsqu'elle reprit ses occupations, elle éprouva des sensations de pesanteur hypogastrique. Ses règles sont abondantes et les dernières datent du 3 au 10 avril 1924. Pas de leucorrhée entre les règles.

Examen : On constate un léger degré de cysto-rectocèle, qui n'incommode pas la malade.

A la palpation on constate une tumeur dure, légèrement douloureuse. Le fond de cette tumeur est à mi-distance de la ligne ombilico-pubienne. Cette tumeur est formée par l'utérus, avec, sur sa face antérieure, un noyau fibreux de la grosseur d'un œuf, légèrement douloureux à la pression. Pas d'annexite perceptible.

Rien à noter pour l'appareil respiratoire ni cardiaque. Pas d'albumine, ni sucre. La malade, dès son entrée à l'hôpital, présente une température entre 37° et 38°, sans jamais la dépasser.

Diagnostic : On porte le diagnostic du fibrome douloureux avec un peu de fièvre, début de nécrose possible.

Opération : 24 avril 1924, Opérateur : Professeur J.-L. Faure ; anesthésie Schleick. Hystérectomie abdominale sub-totale par le procédé américain. Fermeture de la paroi abdominale avec drainage.

Suites opératoires bonnes. Le cinquième jour de l'opération, état nerveux de la malade avec un peu de fièvre qui cède par l'administration de l'ovarine. Le douzième jour, ablation des crins et agrafes. Administration de nouveau de l'ovarine. Le quinzième jour des légères douleurs ont apparu dans la jambe gauche, sans phlébite proprement dite. Sortie le 18<sup>e</sup> jour.

Examen de la pièce : Fibrome interstitiel nécrobiosé de 4 c. et demi sur 3, de couleur jaune verdâtre sans ramollissement. La coque du tissu utérin qui l'enveloppe de toute part est rouge, manifestement enflammée ; la muqueuse utérine est épaisse avec lésions de métrite. Les annexes sont saines. L'observation nous montre un cas de fibrome nécrobiosé avec phénomènes inflammatoires localisés dans le voisinage immédiat du fibrome. Ces accidents septiques peuvent être expliqués par une fausse couche très probable faite quatre mois avant. Les symptômes de nécrose ont été très peu marqués, mais suffisants pour s'inviter à l'exérèse chirurgicale. Les suites ont été relatées favorables.

### OBSERVATION III ( inédite ).

#### *Fibrome interstitiel nécrobiosé.*

M<sup>me</sup> D..., âgée de 44 ans, entre à l'hôpital Broca pour ménorragies et douleurs dans le bas-ventre.

Examen : On constate par l'examen des fibromes multiples dont l'un volumineux, développé en arrière et occupant l'excavation ; il est douloureux. Cette douleur est augmentée par toute tentative de mobilisation. La malade présente une fièvre qui oscille autour de 38°. L'état général est bon.

Diagnostic : Fibrome et salpingite (fièvre et douleur). Cependant cet état fébrile ne s'améliore pas par le repos au lit ; on se décide à opérer.

Opération † Le 20 mai 1922. Professeur J.-L. Faure.

Hystérectomie abdominale subtotale par le procédé américain.

Fermeture sans drainage.

Pièce : Pas de salpingite ; le gros noyau postérieur est en état de nécrobiose, de couleur rouge noirâtre. Les petits fibromes développés en avant sont normaux.

Suites : satisfaisantes. La malade sort le 15<sup>e</sup> jour sans complications.

Cette observation montre un cas de nécrobiose avec douleur et fièvre, faisant penser à une salpingite compliquant un fibrome.

#### OBSERVATION IV (inédite).

##### *Fibrome interstitiel nécrobiosé.*

M<sup>me</sup> B..., âgée de 39 ans, entre à l'hôpital Broca pour ménorragies abondantes.

Examen : On constate une tumeur abdominale volumineuse dépassant l'ombilic de trois travers de doigts. Cette tumeur qui présente tous les caractères d'un fibrome a été traitée aux rayons X depuis 18 mois (3 séries).

Examen d'urines : Pas de sucre. Traces légères d'albumine.

Opération : le 25 juillet 1924. Opérateur Professeur J.-L. Faure. Hystérectomie abdominale subtotale très basse, étant donné que le fibrome descend très bas.

Suites : très graves. Le troisième jour la malade présente de la fièvre, 38°6 avec pouls 140. Administration de la digitale.

Le lendemain la fièvre monte à 39°5 mais le pouls s'est amélioré, étant descendu à 110. Le cinquième jour, le ventre est ballonné. Décédée le 29 juillet 1924.

Examen de la pièce : Volumineux fibrome de 10 à 12 c. de largeur sur 18 c. de haut. Coloration rouge brunâtre.

Ce gros fibrome est développé dans la paroi postérieure de l'utérus, recouvert en arrière par le muscle utérin.

Il correspond en avant à la cavité utérine, considérablement agrandie (25 cent. dans sa plus grande largeur), dont il est séparé par la muqueuse doublée de quelques fibres utérines. Cette coque utérine est rouge et congestionnée. Aucune suppuration annexielle.

Cette observation nous montre un cas de fibrome nécrobiosé après traitement radiothérapique. Malgré l'aspect non septique de la nécrose, et la facilité de l'opération, les suites ont été graves et rapidement mortelles, comme si l'opération avait disséminé une infection latente.

#### OBSERVATION V (inédite).

##### *Fibrome sphacélé ouvert dans la cavité utérine.*

M<sup>me</sup> L..., âgée de 33 ans, entre à l'hôpital Broca pour pertes putrides depuis un mois environ, ayant fait suite à des pertes de sang abondantes avec caillots.

Les débris qui sont expulsés avec les pertes sont caractéristiques, sortes des lambeaux grisâtres très fétides.

Examen : L'examen nous montre un utérus volumineux, très irrégulier, remontant à deux travers de doigts sous l'ombilic, douloureux à la pression, mobile. Le col est mou, ouvert. Au speculum on aperçoit dans l'orifice du col des débris sphacelés, qui tiennent dans la profondeur.

La température n'est pas très élevée, 37°8 à 38°4. L'état général est assez bien conservé. Un peu d'anémie et de fatigue. L'examen des urines les a décelées normales.

Diagnostic : Le diagnostic du fibrome sphacélé est facile à faire. A part les pertes caractéristiques, il est clair que, si ce symptôme manquait, il serait assez difficile d'y songer en se basant sur les réactions locales et générales de cette complication.

Avant l'opération, on fait la veille un traitement préventif de sérum antigangréneux selon la formule de Weinberg. Soit : 20 c. c. de sérum antiperfringens, 10 c. c. de sérum antiputridus et 10 c. c. de sérum antiœdématis. A ces sérums le Docteur Douay ajoute 20 c. c. de sérum antistreptococcique. Ce qui fait en tout 60 c. c. de sérum en injection sous-cutanée.

Opération : le 9 février 1924. Professeur J.-L. Faure. Anesthésie au mélange de Schleich. Hystérectomie abdominale subtotal basse, en évitant de pénétrer dans la tumeur sphacélée et en fermant le col avec une pince de Museux avant de le sectionner.

Après les ligatures et la péritonisation, on met en place un large tamponnement à la Mikulicz avec fil d'attente.

Les suites opératoires sont tout à fait favorables. Le sac de Mikulicz est enlevé le 10<sup>e</sup> jour et le fil d'attente serré le 15<sup>e</sup> jour.

La malade sort entièrement cicatrisée le 33<sup>e</sup> jour de son opération.

Examen de la pièce : L'utérus contient dans son centre un fibrome spacélé, de coloration rouge violacé, verdâtre par place, déliquescent dans sa partie inférieure où la couleur devient rouge brunâtre.

Des lambeaux de tissus sphacelés s'engagent dans l'isthme et descendent vers le col.

La masse de tissus sphacélé est de 8 cent. de large sur 10 cent. de haut. Odeur putride. La paroi utérine est épaissie de 2 à 3 cent. ; elle est pâle et sans phénomènes inflammatoires visibles. Les trompes et ovaires paraissent sains.

Cette observation montre qu'un fibrome spacélé et infecté peut évoluer avec un minimum de symptômes locaux et généraux d'infection. Les pertes caractéristiques ont permis le diagnostic. Le sérum antigangréneux préventif paraît avoir eu une action favorable. Les suites opératoires ont été favorables grâce au pansement à la Mikulicz.

OSERVATION VI (inérite).

*Fibrome sphacélé ouvert dans la cavité utérine.*

M<sup>me</sup> D..., âgée de 36 ans, entre à l'hôpital Broca, pour pertes fétides depuis trois semaines, ayant été précédées d'hémorragies abondantes. Elle entre avec le diagnostic d'infection utérine post abortum.

Les débris qui sortent par le col et qu'on trouve dans les pertes purulentes et fétides sont des lambeaux gris rougeâtres tout à fait caractéristiques. Examinés au laboratoire, ils sont reconnus comme des débris de fibrome nécrosé.

L'examen montre un gros utérus (trois doigts au-dessus du pubis) arrondi, sans bosselure, mou et douloureux à la pression. Le col est mou et ouvert. Les culs-de-sac latéraux sont libres.

La malade présente une température entre 38° et 38°6. L'état général est bon.

Examen des urines : Normales.

Avant l'opération, car le diagnostic de fibrome sphacélé est certain, on fait la veille le même traitement préventif de sérum antigangréneux, comme nous l'avons dit dans l'observation V.

Opération est faite le 15 décembre 1923 : Opérateur Professeur J.-L. Faure. Anesthésie au mélange de Schleich. Hystérectomie abdominale subtotale basse, en prenant toute précaution de ne pas ouvrir la cavité utérine septique. Drainage à la Mikulicz.

Suites : Le lendemain poussée de fièvre à 39°. On pratique une nouvelle injection de sérum antigangréneux.

Le 9<sup>e</sup> jour de l'opération, poussée de fièvre à 39°6 à cause d'une phlébite double. Le 14<sup>e</sup> jour ablation du Mikulicz et on serre le fil d'attente sans drainage.

Le 16<sup>e</sup> jour, nouvelle poussée de température à 39°8 et le lendemain rétention du pus. Ablation du fil d'attente et

introduction d'un drain. Depuis ce jour, la fièvre tombe et la malade sort parfaitement cicatrisée le 40<sup>e</sup> jour de son opération.

Examen de la pièce : Gros fibrome sphacélé central, ouvert dans la cavité utérine, d'aspect marbré, rouge, brun, jaune, vert et violet. Le tissu est ferme sauf au pôle inférieur et les faisceaux fibreux liquéfiés s'allongent vers la cavité du col, formant des lambeaux de couleur grise rougeâtre, flottant dans cette cavité.

La paroi utérine est peu épaisse, de 1 à 2 cent. Elle est pâle, sauf dans la zone très voisine du fibrome où elle est congestionnée et rouge.

Cette observation nous montre, comme l'observation précédente, un cas de fibrome nécrosé ouvert dans la cavité utérine. Nous pensons que le germe préventif antigangréneux et le Mikulicz ont contribué à la guérison, quoique les suites opératoires aient été mouvementées.

#### OBSERVATION VII (inédite).

##### *Fibrome interstitiel sphacélé.*

M<sup>me</sup> M..., âgée de 44 ans, entre à l'hôpital, pour des ménorragies, des douleurs dans le bas-ventre, des troubles urinaires et de fièvre qui oscille entre 37°8 et 38°4.

A l'examen on constate une grosse tumeur pelvienne et abdominale, rénitente. Le col est en avant comme repoussé par la tumeur. Celle-ci est lisse et donne l'impression d'un kyste. La pression provoque une douleur sourde.

Diagnostic : Incertain. Kyste avec début de complication ou fibrome dégénéré.

Opération faite le 28 avril 1923. Professeur J.-L. Faure. On tombe sur un gros fibrome abdomino-pelvien (tête d'adulte) englobant tout l'utérus ; par devant il y a un petit fibrome dur qu'on avait pris au toucher pour l'utérus.

Ces fibromes ont un aspect extérieur normal. Hystérec-

tomie abdominale subtotale et fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires : Graves. Le soir état syncopal ; la malade reste très fatiguée les jours suivants. Pouls rapide. Teint terreux. Péritonite sans fièvre qui ne dépasse pas le 38°.

Le 7<sup>e</sup> jour de l'opération, les urines sont sanglantes et albumineuses.

Le 14<sup>e</sup> jour, malaise à 10 heures avec pâleur de la face ; pouls incomptable ; décédée à 10 h. 40, probablement d'embolie pulmonaire.

Examen de la pièce : Gros fibrome nécrosé, présentant une coloration rouge et un sphacèle complet du petit fibrome antérieur qui a une coloration noirâtre.

Cependant ces fibromes nécrosés ne paraissent pas infectés.

Cette observation nous montre :

1° La nécrose du gros fibrome évoluant avec peu de symptômes.

2° La difficulté de la reconnaître au cours de l'opération.

3° La gravité immédiate des suites opératoires en l'absence de drainage.

#### OBSERVATION VIII (inédite).

##### *Fibrome interstitiel suppuré.*

M<sup>me</sup> M..., âgée de 43 ans, entre à l'hôpital Broca, pour des ménorragies datant de deux ans et pour un fibrome qui grossit et devient douloureux depuis quelques mois.

Fièvre intermittente avec sueurs et état général assez mauvais. Très peu de pertes blanches sans odeur.

Diagnostic : Fibrome dégénéré.

Opération faite le 27 janvier 1920. Opérateur Professeur J.-L. Faure. Hystérectomie abdominale subtotale, Ferme-

ture sans drainage, car on ne constate aucune apparence d'inflammation.

Suites opératoires : Fébriles. Formation d'un abcès de la paroi le 11<sup>e</sup> jour.

Le 14<sup>e</sup> jour, ballonnement du ventre avec vomissements, qui font penser à un début d'occlusion. Puis tout s'arrange.

La malade sort guérie le 29<sup>e</sup> jour de son opération.

Examen de la pièce : Gros fibrome mou, rouge d'aspect extérieur. Annexes saines.

A la coupe, on est en présence d'un fibrome de couleur grisâtre avec nombreux abcès disséminés dans la masse de la tumeur. Chaque abcès est placé dans des petites loges, depuis un grain de blé jusqu'à une cerise. Le pus est soit jaune soit brunâtre.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'abcès localisés autour des vaisseaux (Thrombose veineuse avec abcès).

Cette observation nous montre :

1<sup>o</sup> La suppuration d'un gros fibrome par voie veineuse.

2<sup>o</sup> Les signes cliniques assez atténués sont : l'augmentation de volume, les douleurs, la fièvre, un mauvais état général.

3<sup>o</sup> Rien ne révèle au cours de l'opération les lésions suppurées.

4<sup>o</sup> Les suites opératoires furent graves, en l'absence de drainage.

## OBSERVATION IX (inédite).

### *Fibrome œdémateux.*

Mme C..., âgée de 43 ans, entre à l'hôpital Broca, pour ménorragies abondantes et douleurs dans le bas-ventre.

Examen : on constate un gros fibrome irrégulier, avec des parties molles qui sont particulièrement sensibles à la pression.

Diagnostic : Fibrome et salpingite.

Opération : le 8 décembre 1923. Opérateur Prof. J.-L. Faure. Anesthésie au mélange Schleich. Hystérectomie abdominale subtotale. L'opération est facile, mais les tissus sont saignants et très hémorragiques. Fermeture avec drainage.

Suites opératoires : Fébriles pendant quelques jours. Le deuxième jour fièvre de 39°5. Puis amélioration. Guérison sans complication. La malade sort complètement cicatrisée le 23<sup>e</sup> jour après l'opération.

Examen de la pièce : Utérus avec plusieurs petits fibromes et une grosse masse fibromateuse molle et oedémateuse. Celle-ci présente une coloration jaune avec des cavités gorgées de liquide assez clair. La coque du tissu utérin qui l'enveloppe a une coloration normale.

Cette observation nous montre un fibrome oedémateux sans infection apparente. Les suites opératoires ont été fébriles, moins bonnes que pour un fibrome ordinaire.

#### OBSERVATION X ( inédite )

##### *Fibrome oedémateux.*

Mme R..., âgée de 44 ans, entre à l'hôpital, pour un fibrome qui grossit rapidement et devient douloureux, sans fièvre.

Diagnostic : Fibrome dégénéré.

Opération faite le 7 octobre 1922. Opérateur, Docteur Mossé. Anesthésie générale au mélange de Schleich.

A l'ouverture du ventre, l'utérus apparaît très gros (comme s'il était gravide de 2 mois). Il présente une consistance tendue, renflement presque kystique. On remarque de nombreuses veinosités à sa surface.

Les annexes et l'appendice sont saines, bien qu'un peu congestionnées.

Hystérectomie abdominale subtotale de droite à gauche. Les utérines semblent avoir le volume normal, mais les pédicules utéro-ovariennes sont hypertrophiées.

Ligatures et péritonisation. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires : Satisfaisantes. Sortie le 3 novembre, complètement cicatrisée.

Suites opératoires :

Examen de la pièce : à l'ouverture le canal utérin paraît normal. La partie postero-supérieure du corps de l'utérus est occupée par un fibrome œdémateux avec loges de liquide citrin.

Cette masse molle se clive facilement et montre au niveau du plan de clivage une vascularisation intense, avec des veines noires, distendues et thrombosées.

Examen du laboratoire : Fibrome avec veines thrombosées et œdème interstitiel.

Cette observation nous montre un cas de fibrome œdémateux, qui brusquement a grossi de volume; devenant au même temps douloureux. Les suites opératoires ont été bonnes, mais moins que pour un fibrome ordinaire.

## OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le D<sup>r</sup> DOUAY)

*Fibrome interstitiel nécrosé et suppuré.*

M<sup>me</sup> L..., 24 ans, est envoyée à la consultation du D<sup>r</sup> Douay pour ménorrhagie abondante due à un gros fibrome.

Antécédents : Réglée à 14 ans. Depuis 3 ans, les règles sont très abondantes avec caillots.

Accouchement : il y a 14 mois. Grossesse normale. Accouchement normal d'une fille bien portante. Allaitement maternel. Retour de couche après 6 mois quoique la mère continue l'allaitement. Pendant 7 mois les règles reviennent régulièrement chaque mois : elles sont abondantes pendant 8 jours avec caillots. L'enfant est sevrée, il y a 15 jours. Depuis elle a de la fièvre (38°) qui est mise sur le compte de l'engorgement des seins.

Actuellement (4 nov. 21) la jeune femme est très fatiguée, anémiée. Les dernières règles ont été particulièrement abondantes.

À l'examen : on trouve un fibrome rond, assez ferme,

de la grosseur d'un gros poing. Il dépasse le pubis de quatre travers de doigt, il est très légèrement sensible à la pression ; le col est en arrière, mou. Rien aux annexes.

On discute l'opération, mais étant donné l'âge de cette femme et son désir de ne pas être opérée on se décide pour essayer un traitement radiothérapique.

La malade est confiée au Docteur Lehmann, chef du Service de Radiologie de l'hôpital Broca ; elle reçoit six séances d'une heure (3 portes d'entrée antérieure et 2 postérieures). Après chaque séance, on constate un certain malaise, nausées, sensation de froid ; ces troubles sont au maximum une heure après la séance. Deux jours après le traitement des douleurs dans le ventre apparaissent. Quinze jours après le traitement, les malaises sont au maximum : fièvre, diarrhée, douleurs dans les fesses et dans le sacrum avec irradiations dans les jambes. Les règles sont revenues du 16 au 26 novembre, elles ne sont pas très abondantes mais sont suivies de pertes claires, jaunes roussâtres, avec odeur.

Revue le 8 décembre : L'état général est franchement mauvais, la malade se tient à peine debout, faciès très pâle, cachectique, avec teint terreux. Sueurs. Appétit disparu.

A l'examen, la tumeur a doublé de volume, elle est irrégulière, bosselée, douloureuse. Les pertes sont purulentes, fétides.

On pense à une dégénérescence rapide du fibrome ou à un sarcome, ou à un chorio epitheliome. En tout cas on considère l'opération immédiate comme seule chance de salut.

La malade entre à la Maison de santé le 11 décembre. La température la veille de l'opération est de 40°, le pouls 112.

Opération : Anesthésie rachidienne, 4 c. c. de stovaine, Anesthésie satisfaisante.

Incision médiane : La tumeur est derrière la paroi, adhérente au péritoine. C'est un fibrome bosselé irrégulier, blanchâtre, très friable, qui s'effrite sous la compresse. La

cavité péritonéale contient un liquide séreux, opalescent.

Hystérectomie subtotala : La base des ligaments larges est infiltrée de sérosité. Le col est mou, il est sectionné en dernier lieu après serrement dans une pince de Museux (bonne précaution, car la cavité utérine est pleine de tissus putrides).

La pièce enlevée, on trouve à gauche un énorme ganglion de la grosseur d'un abricot, blanc. Après incision du péritoine, on voit qu'il est situé entre les vaisseaux iliaques externes et internes. La dissection de la veine iliaque-externe est très difficile. On arrive à la disséquer et à la récliner, mais le ganglion adhère dans la profondeur. On en enlève les quatre cinquièmes. L'aspect est celui d'un ganglion cancéreux. Aussi croit-on utile de mettre dans sa loge un tube de radium contenant 75 mg. de bromure de radium avec filtrage de 1,5  $m/m$  de platine. Le tout enveloppé dans un filtre secondaire de caoutchouc et de liège. Mikulicz perforé pour laisser passer l'appareil de radium.

Suites opératoires : D'abord favorable (38°) le radium est laissé en place 32 heures (soit 20 med).

Le quatrième jour phlébite gauche. Pansement chaque deux jours, le Mikulicz est retiré le 14<sup>e</sup> jour. La température reste élevée autour de 38-39. L'état général ne se relève pas ; la plaie reste atone sans tendance à la cicatrisation. Pas d'appétit. Diarrhée persistante, état cachectique. Décédée 32 jours après l'opération.

Examen de la pièce : La cavité utérine est pleine d'un tissu putride ; 3 noyaux fibreux, dont un volumineux, au contact de la cavité, sont blancs grisâtres avec des parties ramollies.

Examen histologique : Professeur Champy, fibrome dégénéré avec foyers de nécrose et d'œdème.

Ganglions : Inflammatoires.

Cette observation montre un cas de nécrose suppurée

d'un fibrome chez une femme récemment accouchée. Le traitement radiothérapique commencé après le début des accidents a précipité les accidents rendant l'opération plus grave.

Le radium employé à tort sur un ganglion d'aspect cancéreux n'a pu qu'aggraver la situation.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- AGOSTINI. — Du sphacèle des fibro-myomes utérins (*Montpellier médical*, 1885, 2<sup>e</sup> s., p. 397-402).
- ALBERTIN. — Utérus myomateux avec myôme interstitiel à foyer central de nécrobiose et autre myome lie de vin (*Lyon Médical*, 1912, t. CX).
- ARCELIN. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 1913.  
— *Société de Médecine et Sciences médicales*, février 1924.
- AUCHÉ et BRANDEIS. — Le spacèle aseptique des fibromyomes utérins (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1909).
- BALLADE. — Etude sur la gangrène des myomes utérins (*Thèse Paris*, 1875).
- BARBIER. — Etude du sphacèle des fibromes (*Thèse Bordeaux*, 1919).
- BARBOUTH. — Nécrobiose aseptique des fibromyomes de l'utérus (*Revue de Chirurgie*, 1912, t. 46, p. 571).  
— *Revue de Gynécologie et Obstétrique*, janvier 1913.
- BARDON. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*, 19 mars 1920.  
— *Gynécologie et Obstétrique*, décembre 1921.
- BARTH. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1850.
- BAUDET. — *Société de Chirurgie*, 1922.
- BEGOUIN. — Fibrome utérin et Sphacèle (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 janvier 1922).  
— La nécrobiose des fibromes utérins (*Paris Médical*, t. XII, n° 24, 17 juin 1922).

- *Société de Gynécologie et Obstétrique de Bordeaux*,  
10 mars 1908.
- Sphacèle des fibromes utérins interstitiels non  
exposés ; sa nature aseptique, son origine vascu-  
laire (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 21 avril  
1909, p. 261).
- BENNET. — *Maladies des femmes*, Paris, 1864.
- BERARD. — Fibrome dégénéré de l'utérus (*Lyon Médical*,  
juin 1896).
- BERNAYS. — Hystérectomie pour un myome volumineux spha-  
célé (*Americ J. of. Obste.*, mars 1895).
- BICH. — Gangrène des fibromes utérins non pédiculés  
(*Thèse Paris*, 1901).
- BOURRIET et LEFÈVRE. — Fibrome interstitiel atteint de spha-  
cèle putride (*Journal de Médecine de Bordeaux*, mars  
1907).
- BOUSQUET. — Fibrome de l'utérus sphacélé ; septicémie con-  
sécutive (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*,  
3 mai 1898).
- CHADWICK. — Fibrome suppuré (*Boxtou méd. and surg.*  
*Journal*, 24 avril 1897).
- CLAISSE. — Développement des fibromes (*Thèse Paris*, 1900).
- CHAVANNAZ. — Fibromes spacélés (*Journal Médecine Bor-*  
*deaux*, 1907).
- *Congrès de Chirurgie*, 11 octobre 1919.
- *Société de Gynécologie de Bordeaux*, 1910.
- CHAVANNAZ et NADAL. — Recherches sur la vascularisation des  
fibromes utérins sphacélés (*Journal de Médecine de*  
*Bordeaux*, 1910).
- Myome utérin ; mécanisme de l'irruption dans la cavité  
utérine (*Société de Médecine de Bordeaux*, 1913).
- COFFIN. — Etude sur les complications des fibro-myomes de  
l'utérus (*Thèse Paris*, 1898).
- COSTES. — Recherches anatomopathogogiques sur l'évolution

des fibromyomes de l'utérus et de ses annexes (*Thèse Paris*, 1895).

CULLINGWORTH. — Fibrome intestinal gangréné (*In transact. of Obstétr. Society*, 1894).

DAMAS. — Complications infectieuses des fibromes utérins (*Thèse Lyon*, 1896).

DÉLORE. — *Société de Chirurgie Lyon*, 1903.

DE ROUVILLE et MARTIN. — La mort des fibromyomes de l'utérus (*Archives générales de Médecine*, 14 août 1906).

DOUAY. — Traitement des fibromyomes utérins. Quels cas faut-il opérer ? Quel cas faut-il irradier ? (*L'Hôpital*, décembre 1923).

DUNCAN. — Terminaison des fibromes de l'utérus (*Medical Times and Gazette*, 1885).

DUPLAY. — Des ramollissements de l'utérus et principalement de son ramollissement gangréneux (*Thèse Paris*, 1833).

DUVERGEY. — Sphacèle de l'utérus consécutif à un gros fibrome utérin sphacélé, guéri par l'hystérectomie abdominale totale (*Société de Médecine de Chirurgie de Bordeaux*, 11 juin 1920).

FAURE (J.-L.). — *In Douay (L'Hôpital*, 1923).

FAURE et SIREDEY. — II. Congrès Français des Gynécologues et Obstétriciens de la langue française (*Paris*, 1921).

— Complications des fibromyomes de l'utérus (*Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*, p. 789).

GAILLARD (Thomas). — *Traité clinique des maladies des femmes*, 1879.

GAMBIER. — Des fibromes utérins interstitiels nécrobiosés (*Thèse Bordeaux*, 1908).

GASTON (Michel). — Myome rouge encapsulé de l'utérus (*Bulletin d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1912, p. 365).

GOULLIoud. — Des indications actuelles de la myoémectomie (*Presse Médicale*, 1922, n° 16).

- GUERY. — Suppuration des fibromes utérins (*Thèse Paris*, 1911).
- GUIBÉ. — De la calcification des fibromes utérins (*Thèse Paris*, 1901).
- GUYOT et ICHON. — Sur un cas de fibrome sphacélé du col utérin (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 mars 1903).
- HARTMANN et BONNET. — *Gynécologie et Obstétrique*, 2 février 1924.
- HARTMANN et MIGNOT. — Suppuration des fibromes interstitiels de l'utérus (*Annales de Gynécologie et Obstétrique de Paris*, 1896).
- HYENNE. — Etude anatomoclinique des principales dégénérescences des fibromes de l'utérus (*Thèse Paris*, 1917).
- JACOBS. — *Société belge de Gynécologie*, 1897.
- LABEY (Georges). — *Congrès français de Chirurgie* (octobre 1924).
- LAMBRET. — *Echo Médical du Nord*, 1903, t. I, p. 269.
- LAMELAND. — De la torsion des fibromes utérins sous-muqueux et interstitiels (*Thèse Paris*, 1909).
- LARAYENNE. — *Société de Médecine et des Sciences Médicales Lyon*, février 1924.
- LASNIER. — Sphacèle et purulence des fibromes de l'utérus (*Thèse Bordeaux*, 1898).
- LÉCÈNE. — Nécrobiose, suppuration et gangrène des fibromes utérins (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique Paris*, août 1911).
- *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, Pédiatrie de Paris*, juin 1911.
- LE DENTU et DELBET. — *Nouveau Traité de Chirurgie*, t. 34, p. 266.
- LEJARS. — *Rapport à la Société de Chirurgie*, 30 mars 1898.
- LORRAIN SMITH et FLETCHER SHAW. — Dégénérescence rouge des fibromyomes utérins (*Journal de Chirurgie*, juin 1913, tome X, page 779).
- LOUBAT. — Gangrène d'un fibrome utérin après la ménop-

pause (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*, 12 avril 1921).

MESLAY et HYENNE. — Dégénérescence des fibromes de l'utérus (*Annales d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1898, p. 1).

MONNIN. — Fibrome utérin suppuré (*Extrait du Journal des Médecins praticiens Lyon*, 1911).

MOUTET. — Des fibromes gangrenés non pédiculés de l'utérus et de leur traitement (*Thèse Lyon*, 1909).

NANTA et CLERMONT. — Polype utérin (*Toulouse Médical*, 1909).

PELLANDA. — La mort par fibromyome de l'utérus (*Thèse Lyon*, 1905).

PIQUAND. — Les dégénérescences des fibromyomes utérins (*Thèse Paris*, 1904).

POLLOSSON. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 1903 et 1909.

POTHÉRAT. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1898.

POZZI. — Altérations et dégénérescences des fibromes (*Traité de Gynécologie clinique et opératoire*, 4<sup>e</sup> édition, p. 845).

— *Presse Médicale*, 30 décembre 1908.

PY. — Contribution à l'Etude de myomes rouges de l'utérus (*Thèse Montpellier*, 1912).

QUÉNU. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1902, p. 65.

RICHELOT. — Fibrome gangrené (In *Thèse Gerdy Paris*, 1901, p. 96).

TÉDENAT. — *Revue menstruelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Paris*, 1907.

— Nécrobiose rouge des fibromyomes (*Société d'Obstétrique et Gynécologie de Montpellier*, 1920).

— *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Montpellier*, mai 1922.

- TÉDENAT et TSELEPOGLOU. — Myomes utérins. Dégénérescence rouge (*La Gynécologie*, février 1921).
- TERNIER et DOUVIER. — Fibromes utérins dégénérés (*Revue de Chirurgie*, 1912, p. 512).
- TIMES. — *Transat of the London Obst. Society*, 1861.
- TROTOBAS. — De la nécrose et de l'infection larvées dans les myomes interstitiels (*Thèse Lyon*, 1911).
- TUFFIER. — *Société de Chirurgie*, 12 avril 1898.
- TIXIER. — *Congrès de Chirurgie*, octobre 1924.
- VAUTRIN. — Du sphacèle des fibromes interstitiels de l'utérus (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, tome L, 1898, p. 89).
- VIOLET et ALAMARTINE. — Myome rouge encapsulé de l'utérus (*Revue de Chirurgie*, 1910, p. 100).
- VIOLET et POLLOSSON. — Deux cas de fibromyomes rouges de l'utérus (*Lyon Médical*, 1905, p. 23).
- VERMULLEN. — Fibromes douloureux (*Thèse Lyon*, 1902).
-

